

GE_GERICHTE A/2453/2007 vom 13. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2453_2007

FR: GE_GERICHTE A/2453/2007 du 13 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/2453/2007 del 13 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.11.2008
A/2453/2007

A/2453/2007 ATAS/1274/2008 du 14.11.2008 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 19.12.2008, rendu le 14.04.2009, REJETE, 9C_1041/2008 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2453/2007 ATAS/1274/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 13 novembre 2008 En la cause Monsieur L_____, domicilié à ONEX recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur L_____, né en 1963, jardinier de profession, a déposé en date du 28 avril 2003 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). Il a expliqué avoir été blessé au genou droit par une tronçonneuse au mois de mars 2002 et être désormais dans l'incapacité de continuer à exercer sa profession à plus de 40%. Il a allégué ne plus pouvoir monter sur une échelle, avoir des difficultés à monter les escaliers et souffrir de douleurs importantes. Il a demandé une adaptation de son poste de travail en fonction de ses possibilités et de ses capacités. A été versé au dossier un courrier adressé par le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, au médecin-conseil de LA GENEVOISE ASSURANCES le 1er avril 2003. Il en ressort que l'assuré souffre de douleurs fémoro-patellaires importantes à l'effort et d'une atrophie musculaire du quadriceps droit. Le médecin a émis l'opinion que le patient ne pourrait recouvrer une capacité de travail de plus de 50% dans son activité professionnelle habituelle et a proposé une adaptation du poste de travail, la reconnaissance d'une invalidité partielle, voire un recyclage. Du 5 novembre au 4 décembre 2002, l'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (CRR). Dans ce cadre, il a fait l'objet d'une évaluation en atelier professionnel. Il a été relevé qu'après une heure de thérapie, le patient se plaignait de douleurs excessives et demandait à s'asseoir, qu'il avait en outre marqué des difficultés devant la montée et la descente des escaliers. La CRR a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : montée et descente d'escaliers, conservation de la station debout de manière prolongée, port de charges lourdes, position agenouillée et marche en terrain accidenté. La capacité de travail dans la profession habituelle a été estimée à 0% sans exclure une évolution favorable. Au mois de mars 2003, l'assuré a tenté de reprendre le travail à 50% chez son ancien employeur ; il travaillait le matin et n'effectuait que de petits travaux légers - taille des arbustes et des rosiers, nettoyage des massifs et travaux de manutention à la pépinière. La direction de chantiers lui a été également confiée afin qu'il puisse superviser des collègues moins qualifiés. Cet essai a cessé à la fin du mois de mai 2003 sur décision de l'employeur qui s'est déclaré dans l'impossibilité de continuer à occuper un employé si limité du fait qu'il ne pouvait rien porter, peinait à s'accroupir, se fatiguait déjà à mi-journée et devait s'arrêter à tout moment pour se reposer. Dans un rapport daté du 5 juin 2003, le Dr A_____ a confirmé le diagnostic d'arthrose

fémoro-patellaire droite suite à la fracture ouverte de mars 2002. Il a conclu à une incapacité de travail totale du 7 mars 2002 au 1er mars 2003, puis à 50% jusqu'au 28 novembre 2003, date à laquelle l'incapacité a à nouveau été totale dans la profession de jardinier. Selon le médecin, une autre activité pourrait cependant être envisagée, qu'il a décrite comme un travail manuel n'impliquant que de courts déplacements et permettant d'éviter le port de charges et les accroupissements, à raison de huit heures par jour. Le Dr A_____ a souligné que son patient était très motivé et déçu de devoir renoncer à une profession qu'il exerçait avec plaisir depuis longtemps. Par décision du 15 décembre 2003, LA GENEVOISE ASSURANCES, assureur-accidents, a admis que la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne profession de jardinier était désormais limitée mais considéré qu'il pourrait en revanche exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé, c'est-à-dire une activité simple et répétitive en position semi-assise. LA GENEVOISE ASSURANCES a comparé le revenu qu'aurait ainsi pu réaliser l'assuré, soit 50'472 fr. (ESS 2002 TA 1 secteur 3 : 4'206.- par mois pour un horaire de 40h./sem. = 52'870.- pour un horaire de 41,9 h./sem.) à celui qu'il aurait réalisé avant l'accident, soit 56'586 fr. et obtenu un taux d'invalidité de 7%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente transitoire d'invalidité (pièce 19 OCAI). Une mesure d'orientation professionnelle a été mise sur pied auprès de la Fondation PRO en vue d'un réentraînement à l'effort de l'assuré. Le stage a débuté à 50%. Il a été ensuite envisagé d'augmenter le temps de travail de l'assuré à 75% ce à quoi il s'est opposé. Par courrier du 5 avril 2005, l'OCAI, soulignant que ses capacités intellectuelles et pratiques rendaient cette augmentation tout à fait possible d'autant plus que l'assuré effectuait des activités manuelles légères et en position essentiellement assise - ce qui était adéquat compte tenu de sa problématique -, lui a rappelé que les médecins s'étaient prononcé pour une capacité de reclassement professionnel de 100%. L'OCAI a souligné que l'assuré était tenu de faciliter toutes les mesures prises en vue de sa réadaptation à la vie professionnelle et avait l'obligation de collaborer et d'accepter l'augmentation du temps de travail telle que prévue, en vue d'un placement en entreprise. Il a été souligné que si au terme du mois de mai 2005 son attitude globale à l'égard de ce qui lui était proposé ne s'améliorait pas, l'OCAI mettrait un terme à la prise en charge et statuerait de façon théorique sur la base des données médicales à sa disposition (pièce 34 OCAI). Par décision du 8 août 2005, l'OCAI a octroyé à l'assuré une mesure de reclassement professionnel dans le secteur des activités de l'industrie légère. La Fondation PRO a rendu son rapport d'évaluation en date du 8 novembre 2005 (pièce 38 OCAI). Il a été rappelé que le stage avait pour objectif d'augmenter progressivement le temps de travail de l'assuré en vue d'atteindre un taux d'activité stable de 100% et de pouvoir alors organiser un stage en entreprise. La durée prévue du réentraînement était de neuf mois, du 24 janvier au 30 octobre 2005. Il a effectivement duré 196 jours avec 156 de présence effective, soit un taux de présence de 80%. Au début du stage, le rendement de l'assuré a été de 80% sur un taux d'activité de 50%. Cependant dès la fin avril, son rendement a diminué à 50% et s'est stabilisé. La Fondation PRO a indiqué s'interroger sur cette diminution de rendement, les activités proposées étant adaptées et l'assuré aucunement limité au niveau des membres supérieurs. Il a été relevé que cette baisse était apparue peu avant l'augmentation du temps de travail et était devenue plus importante quand le taux d'activité était passé à 75%. Remarquant par ailleurs que l'assuré avait alors fait plus de pauses qu'auparavant, les maîtres de stage ont émis la supposition que les douleurs avaient augmenté, tout en n'excluant pas que la diminution de rendement puisse être liée à une démotivation, l'assuré disant ne pas se sentir compris et soutenu dans ses difficultés. Selon les maîtres de stage, il serait raisonnable

d'exiger de la part de l'assuré un rendement de 80% avec un taux d'activité de 75%. Ses points faibles sont la variabilité de son rendement et sa mobilité restreinte. L'assuré possède de bonnes aptitudes manuelles et intellectuelles. Si ses limitations sont respectées (position assise, jambes surélevées, pas de déplacement, port de charges très limité), il travaille bien et peut atteindre un rendement de 80% comme ouvrier à l'établi (avec un taux d'activité de 75% mais en devant s'attendre à des absences). Il a été expliqué qu'un stage en entreprise privée n'avait finalement pas été mis sur pied car l'assuré n'était pas « forcément dans une dynamique de reprise d'une activité professionnelle » en ce sens que s'il appréciait d'être occupé, il ne se sentait pas forcément apte à réellement travailler en entreprise. Le dossier de l'assuré a été soumis à la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI qui a rendu son rapport en date du 22 mars 2007 (pièce 43 OCAI). Il a été relevé que bien que des mesures d'ordre professionnel facilitant une réinsertion sur le marché économique lui aient été accordées, l'assuré s'était malheureusement installé "dans une attitude centrée uniquement sur la gestion de sa douleur et non pas dans celle, positive, de la construction d'une nouvelle identité de travailleur". Il a été admis que l'activité de jardinier était désormais exclue en raison des douleurs au genou droit et de l'épanchement à l'effort. Il a en revanche été estimé qu'une autre activité permettant d'éviter les accroupissements, dans un poste manuel léger, serait exigible à plein temps. La division de réadaptation a conclu à une réduction de 10 à 25% de rendement liée à la nécessité d'alterner les positions assises et debout afin d'alléger les douleurs et à un degré d'invalidité oscillant de 15 à 29% au maximum. Il a été rappelé que des mesures d'ordre professionnel facilitant une insertion sur le marché économique avaient d'ores et déjà été accordées à l'assuré sous la forme de trois mois d'orientation puis de six mois de réentraînement à l'effort. Le 26 mars 2007, l'OCAI a adressé à l'assuré un projet de décision aux termes duquel il lui a annoncé son intention de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Par courrier du 24 avril 2007, l'assuré s'y est opposé. Il a fait valoir que son état de santé était resté stationnaire, qu'il était toujours susceptible de s'aggraver et que son activité antérieure de jardinier était exclue. Il en a tiré la conclusion que n'arrivant à effectuer aucune activité lucrative, même adaptée, son incapacité de gain était totale. Il a par ailleurs affirmé ne s'être jamais opposé à des mesures de réadaptation ou de réinsertion et a expliqué que les douleurs ressenties étaient si fortes qu'il lui était même impossible de porter des charges légères. Il a conclu à ce que lui soit octroyée une rente entière. Par décision du 24 mai 2007, l'OCAI a rejeté la demande de l'assuré. L'OCAI a admis que l'atteinte à la santé avait entraîné une incapacité de travail totale depuis le 7 mars 2002 dans l'activité de jardinier précédemment exercée mais il a considéré que l'assuré était en revanche capable d'exercer une activité adaptée et ce, à plein temps. A cet égard, l'OCAI s'est référé aux dires des médecins selon lesquels l'assuré peut conserver la position assise huit heures durant à condition d'alterner avec la position debout ; il ne peut en revanche rester debout plus de trois heures, doit éviter la position accroupie ou agenouillée, la marche sur terrain irrégulier ou en hauteur ainsi que le port de charges de plus de 10 kilos. Constatant que la mesure de réentraînement au travail mise en place s'était soldée par un échec, l'OCAI a procédé à une évaluation théorique du degré d'invalidité. Pour ce faire, il a comparé le revenu que l'assuré aurait pu réaliser en 2003 sans atteinte à la santé, soit 56'211 fr. (55'543.- en 2001 selon le rassemblement des comptes individuels AVS = 55'876.- en 2002 = 56'211.- en 2003), à celui qu'il aurait théoriquement pu obtenir malgré l'atteinte à sa santé la même année, en exerçant la profession d'ouvrier dans l'industrie légère et en appliquant une réduction de 25%, soit 40'037 fr. (selon ESS 2002 TA1 30-32 niveau 4 : 4'242.- par mois pour un horaire de 40

h./sem. en 2002 = 4'422.- par mois pour un horaire de 41,7 h./sem. en 2002 = 53'064.- en 2002 = 53'382.- en 2003). La comparaison de ces deux revenus a abouti à un degré d'invalidité de 29% insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Quant aux mesures professionnelles, compte tenu de l'expérience malheureuse à la Fondation PRO, le service de réadaptation de l'OCAI a estimé qu'elles seraient vouées à l'échec. Par courrier du 21 juin 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il allègue en substance qu'il ne peut réaliser aucun revenu puisqu'il est dans l'incapacité totale de travailler de sorte qu'il devrait se voir accorder une rente entière d'invalidité. Il en veut pour preuve que malgré sa bonne volonté et sa motivation pour exercer une activité adaptée, la mesure à la Fondation PRO s'est soldée par un échec. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 27 août 2007, a conclu au rejet du recours. Il relève que l'assureur-accidents a retenu un taux d'invalidité comparable au sien par décision du 26 juillet 2007 (16%). Pour le surplus, l'intimé fait valoir que l'incapacité totale de travail alléguée par l'assuré ne repose sur aucune pièce médicale. Par courrier du 11 septembre 2007, l'assuré a produit un rapport médical établi le 19 juillet 2007 par la Dresse B_____, spécialiste FMH en médecine générale. Cette dernière y indique être le médecin traitant de l'assuré depuis février 2004, date à laquelle il lui a été adressé par le Dr A_____ après traitement d'une rupture partielle du tendon quadricipital droit, bursotomie post-traumatique droite et lésion osseuse rotulienne droite. L'assuré s'est en effet ouvert le genou droit avec une tronçonneuse alors qu'il coupait une racine. Le médecin mentionne, à titre de comorbidités, une hypertension artérielle traitée depuis le début de l'année 2007 et un status postopératoire d'appendicite perforée en octobre 2006. La Dresse B_____ atteste avoir constaté que la mobilité de son patient est réduite ce qui l'empêche d'assumer un travail physique tel que celui qu'il exerçait auparavant. Elle souligne qu'il y a eu plusieurs tentatives de réinsertion professionnelle qui se sont soldées par des échecs. Selon elle, la difficulté principale du patient est de conserver une même position durant longtemps. La Dresse B_____ se déclare convaincue que son patient a des capacités pour assumer un travail physiquement moins lourd et qu'il pourra très certainement travailler, au moins à temps partiel, ce qu'elle suggère de déterminer par le biais d'une nouvelle expertise. Par courrier du 27 septembre 2007, l'OCAI a maintenu sa position. Une audience s'est tenue en date du 11 avril 2008 au cours de laquelle le recourant a contesté pouvoir travailler à plein temps, même dans une activité légère. Il a expliqué qu'après une demi-heure en position assise, son genou commence à chauffer et devient intenable après deux heures. Il a allégué qu'aux heures de travail effectif, il faut encore ajouter le temps des trajets. Il a ajouté rencontrer depuis une année environ des problèmes de glycémie qui l'obligent à se sustenter toutes les deux heures, souffrir également d'hypertension, ce qui entraîne régulièrement des céphalées, devoir prendre des médicaments tous les jours, avoir des problèmes de cholestérol et avoir été opéré de l'appendicite. Enfin, le recourant a fait remarquer que le stage de neuf mois auprès de la Fondation PRO s'est soldé par un échec. Il s'estime incapable de travailler à plus de 50% dans une activité légère. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en

vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 24 mai 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les formes et délais légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est le taux d'invalidité qu'il présente et si, cas échéant, il peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier

l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Le recourant conteste être capable d'exercer une activité lucrative à plus de 50%. Il en veut pour preuve que malgré sa bonne volonté, le stage auprès de la fondation PRO s'est soldé par un échec. Ce faisant, le recourant conteste donc l'appréciation de la capacité de travail à laquelle s'est livré l'OCAI. Ce dernier, se basant sur l'avis de la division de réadaptation professionnelle, a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité d'ouvrier dans l'industrie légère. Force est de constater que les opinions des différents médecins s'étant prononcés convergent. Tous sont d'accord pour admettre que la capacité de travail du recourant dans son ancienne profession de jardinier est désormais considérablement restreinte. En revanche, le Dr A _____ a indiqué qu'une autre activité pourrait être envisagée, à

raison de huit heures par jour, qu'il a décrite comme un travail manuel n'impliquant que de courts déplacements et permettant d'éviter le port de charges et les accroupissements. Ces conclusions sont corroborées par celles de la CRR, qui a préconisé d'éviter les montées et descentes d'escaliers, la station debout prolongée, le port de charges lourdes, la position agenouillée et la marche en terrain accidenté. La Dresse B _____, dont le recourant a produit le rapport, parvient aux mêmes conclusions puisqu'elle indique que son patient a les capacités d'assumer un travail physiquement moins lourd que celui de jardinier et peut très certainement travailler, au moins à temps partiel. Il est vrai que les maîtres de stage de la Fondation PRO ont pour leur part conclu à un rendement de 80% sur un taux d'occupation de 75%. C'est le lieu de rappeler qu'une mesure d'observation professionnelle a pour objectif de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (voir au surplus, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, RCC 1990 p. 59 ss; Karl ABEGG, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI]; PLÄDOYER 3/2004 p. 64 ; ATFA I 540/03 du 10 novembre 2004 consid. 4.1 ; ATFA I 220/04 du 20 septembre 2004, consid. 4.2). Cette différence d'évaluation de la capacité de travail peut cependant s'expliquer, selon les maîtres de stage, par une démotivation de l'assuré. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils ont finalement renoncé à poursuivre la mesure par un stage en entreprise privée, estimant que l'assuré n'était pas « forcément dans une dynamique de reprise d'une activité professionnelle » en ce sens que s'il appréciait d'être occupé, il ne se sentait pas forcément apte à réellement travailler en entreprise. Le résultat du stage auprès de la fondation PRO ne saurait donc suffire à s'écarter des conclusions concordantes des différents médecins, d'autant que l'assurance-accidents est également parvenue à la conclusion que l'assuré pourrait exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé, c'est-à-dire une activité simple et répétitive en position semi-assise. C'est le lieu de rappeler que le principe de l'uniformité de la notion d'invalidité doit conduire à fixer en principe, pour une même atteinte à la santé, un même taux d'invalidité (cf. ATF 126 V 288 , RAMA 2001 n° U 410 p. 73). Il est vrai que la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (cf. ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références), néanmoins, cela ne joue pas de rôle en l'occurrence, les comorbidités aux séquelles de l'accident n'ayant pas, selon les médecins, de répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. c) Il suit de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a considéré l'assuré comme apte à exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OCAI. a) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6

septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. b) En l'espèce, le recourant travaillait en tant que jardinier avant l'accident ayant entraîné l'atteinte à sa santé. Dans le but de déterminer sa rémunération au moment de l'ouverture éventuelle du droit aux prestations, soit en 2003, l'intimé s'est basé sur le rassemblement de ses comptes individuels AVS. Cette façon de faire est correcte et les renseignements obtenus pertinents, dans la mesure où rien ne permet de penser que sans l'atteinte à la santé, le recourant aurait changé d'emploi. S'agissant du revenu avant invalidité, il convient donc de se référer à celui qu'aurait perçu l'intéressé en 2003, soit 57'339 fr. (puisque'il a réalisé un revenu de 55'543.- en 2001, qu'il convient d'adapter à l'évolution des salaires nominaux ; cf. La Vie économique n°9/2007, tableau B10.3, p. 99). Quant au revenu avec invalidité, en l'absence de reprise d'activité du recourant, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). L'activité d'ouvrier dans l'industrie légère (fabrication d'équipement électrique, mécanique de précision) retenue par l'intimé correspond à la description d'une activité adaptée telle que décrite par les différents médecins puisqu'elle n'implique que de courts déplacements et permet d'éviter le port de charges, la position agenouillée, les montées et descentes d'escaliers, ainsi que la station debout prolongée. Cependant, l'intimé a retenu le montant total (tous sexes confondus) alors qu'il convient de se référer au revenu qu'un homme pourrait réaliser cette année-là. Selon les données de l'ESS 2002, le revenu

mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait en 2002, dans ce domaine, à 4'841 fr. (TA1 30-32, niveau 4). Ce montant correspond, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a) à un salaire annuel brut, en 2003, de 61'419 fr. Même en appliquant à ce revenu la réduction maximale de 25% pour tenir compte de ses limitations, on obtient un degré d'invalidité de 16,8% - similaire à celui auquel a abouti l'assurance-accidents -, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ou même à des mesures d'ordre professionnel. En conséquence, le refus de prestations doit être confirmé et le recours rejeté. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Yaël BENZ La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.